# RAPPORT DES ACTIVITÉS POUR L'ANNÉE 1988-89

Conseil
de la santé
et des services
sociaux
de la région
de Montréal
métropolitain

1988-

90-06568/

# Table des matières


Le message du président 3
Le message du directeur général 4
Le conseil d'administration 6
L'organigramme du Conseil régional 7
Le Conseil régional: profil et orientations 8
Les établissements de santé et de services sociaux 9

LES DIRECTIONS DU CONSEIL RÉGIONAL

- La Direction de la planification, des systèmes et méthodes 11
- La Direction de la programmation 12
- La Direction de l'information et des relations avec la population 13
- La Direction des ressources humaines 14
- La Direction des services administratifs 15

LES ACTIVITÉS PAR CLIENTÈLE

- Le secteur des services de première ligne 16
- Les personnes âgées 17
- La santé mentale 18
- Les personnes handicapées physiques 19
- Les personnes handicapées intellectuelles 20
- Les jeunes en difficulté 21
- L'alcoolisme et les autres toxicomanies 22
- Le secteur des services de courte durée 23
- Les communautés culturelles 24
- Les organismes communautaires 25

Urgences santé 26

Les publications du Conseil régional 28

Les commissions administratives et les comités régionaux 31

Jean Savard
Président

MADAME THÉRÈSE LAVOIE-ROUX
MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX



Madame la Ministre,

Nous avons le plaisir de vous présenter, au nom du conseil d'administration du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain, le bilan des activités de l'année 1988-89.

Nous avons voulu, par le biais de ce rapport, vous faire part de nos priorités, des réalisations des divers projets du Conseil régional et de nos orientations pour la nouvelle année. Nous voulons toujours demeurer à l'écoute de la population. Vos nouvelles orientations de régionalisation et de décentralisation nous permettent de croire à la réalisation de cet objectif.

Après notre assemblée publique annuelle, nous nous ferons un devoir de vous communiquer nos espoirs et nos inquiétudes concernant le défi qui nous attend pour les années à venir.

Jean Savard
Président du conseil d'administration

# Message du directeur général

C'est avec fierté que nous rendons compte de notre administration et des activités réalisées par le Conseil régional au cours de la dernière année. Nous avions identifié des clientèles prioritaires pour l'organisation régionale des services; nous avions décidé d'opter pour une formule de gestion de projet avec la volonté de respecter l'équilibre budgétaire; enfin, nous devions procéder à la réévaluation de la mission et des fonctions du Conseil régional.

Nos objectifs sont atteints en très grande partie, comme vous le constaterez à la lecture des rapports d'activités qui suivent, principalement axés, cette année, sur les clientèles. La formule de gestion de projet a été efficacement appliquée, nous avons maintenu l'équilibre budgétaire, comme en font foi nos états financiers, et la démarche de réévaluation de la mission et des fonctions du Conseil régional est terminée.

Pour leur précieuse collaboration, nous voulons remercier toutes les personnes du réseau et des milieux concernés par nos activités. Cette concertation régionale contribue de plus en plus à assurer des résultats tangibles touchant l'accessibilité et la complémentarité des services à la population. Merci à tout le personnel, toujours dynamique et engagé; merci aussi aux membres du conseil d'administration pour leur disponibilité et leur dévouement.

La démarche d'évaluation du Conseil régional que nous avons entreprise visait essentiellement à dresser un plan d'organisation révisé, qui reflète le fonctionnement du Conseil régional sur la base de ses orientations. La conjoncture se prêtait particulièrement bien à cet exercice, après la parution du *Rapport Rochon* et la consultation de la Ministre de la santé et des services sociaux. Nous avons donc procédé à un examen sérieux de ce que nous sommes et de ce que nous voulons devenir, afin d'être prêts à accueillir les décisions de la Ministre et à nous y ajuster s'il y a lieu. Un autre facteur important, le détachement d'Urgences santé du Conseil régional nous pressait à réviser notre fonctionnement, plus particulièrement au niveau des finances, des ressources humaines et de la planification.

Quatre composantes importantes résultent de cet exercice:

1. Un bilan exhaustif des fonctions et des activités du C.S.S.S.R.M.M. en regard des mandats spécifiquement déterminés par la loi et ses règlements.

2. Les options stratégiques et l'approche de gestion adoptées par le conseil d'administration en mai 1988, touchant:

- la détermination des objectifs et des priorités régionales;
- l'organisation et la programmation des services;
- la décentralisation des budgets de fonctionnement, d'immobilisations, d'équipements et de location d'espaces.

3. L'identification de solutions pour neuf types de problèmes identifiés et documentés dans l'opération «*Bilan*». Ce résultat est le fruit d'un vaste travail collectif au sein du Conseil régional.

4. Une structure organisationnelle révisée; à l'aide de mots-clés, nous interpellons nos directions:

- **Orientation**: Direction générale
- **Écoute**: Direction de l'information et des relations avec la population
- **Connaissance**: Direction de la planification, des systèmes et méthodes
- **Organisation**: Direction de la programmation

Gérard Marcoux
Directeur général

- **Gestion**: Direction de la gestion des services du réseau
- **Vérification**: Direction des finances
- **Développement**: Direction des ressources humaines.

Ces quatre éléments constituent notre projet commun: nous entendons réaliser progressivement nos options stratégiques au cours des cinq prochaines années, en centrant toutes nos activités à la fois sur les personnes et sur les résultats. Notre vision d'avenir du Conseil régional en fait une organisation de services de santé et de services sociaux décentralisés régionalement et poursuivant des objectifs centrés sur les personnes, dans un système de services intégrés, complémentaires et continus.

## ORIENTATIONS

En ce qui a trait à l'exercice 1989-90, les objectifs globaux suivants orienteront les directions dans leur plan d'action et dans la détermination des priorités.

**Objectif nº 1**

Actualiser les modalités de fonctionnement du Conseil régional pour en faire une organisation vraiment axée sur les clientèles cibles prioritaires et sur les plans de services; la santé mentale est le premier dossier prioritaire de l'année.

**Mobilisation de toutes nos ressources en ce sens**

**Objectif nº 2**

Adopter un mode de gestion interne décentralisée selon un cadre de partage clair des responsabilités des gestionnaires en matière de ressources humaines, de ressources financières et d'information, et leur permettre un développement continu du potentiel.

**Complicité centrée sur la personne et sur les résultats à tous les niveaux**

**Objectif nº 3**

Dans l'actualisation de nos mandats régionaux, selon la formule de partenariat élargi, adopter des moyens concrets pour la participation de la population, des groupes d'action volontaire, des représentants d'établissements et d'organismes du réseau.

**Objectif nº 4**

Maintenir l'équilibre budgétaire.
Faire des choix prioritaires en regard des autorisations budgétaires

**Suivi et contrôle rigoureux**.

Gérard Marcoux, Adm.A., F.A.C.H.E.
Directeur général

# Le Conseil d'administration

PAR COLLÈGES ÉLECTORAUX



**Maires des municipalités**
M. André Huneault
Mme Yolande Massé

**Groupes sociaux-économiques**
M. Roger Larose
M. Jules-H. Levasseur
Mme Berthe Michaud
M. Jean Savard (président)

**Directeurs généraux des établissements**
M. Jacques Maynard

**Centres hospitaliers**
M. Jean Leblanc (vice-président)
M. Archie S. Deskin

**Conseils des médecins et dentistes**
Dr Marc-A. Bois

**Centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.)**
M. Pierre Ouimet

**Centres de services sociaux (C.S.S.)**
Mme France Boylston
Mme Lorraine Brault

**Centres d'accueil (C.A.)**
Mme Rolande Laurin Dorval

**Universités**
Dr André Proulx

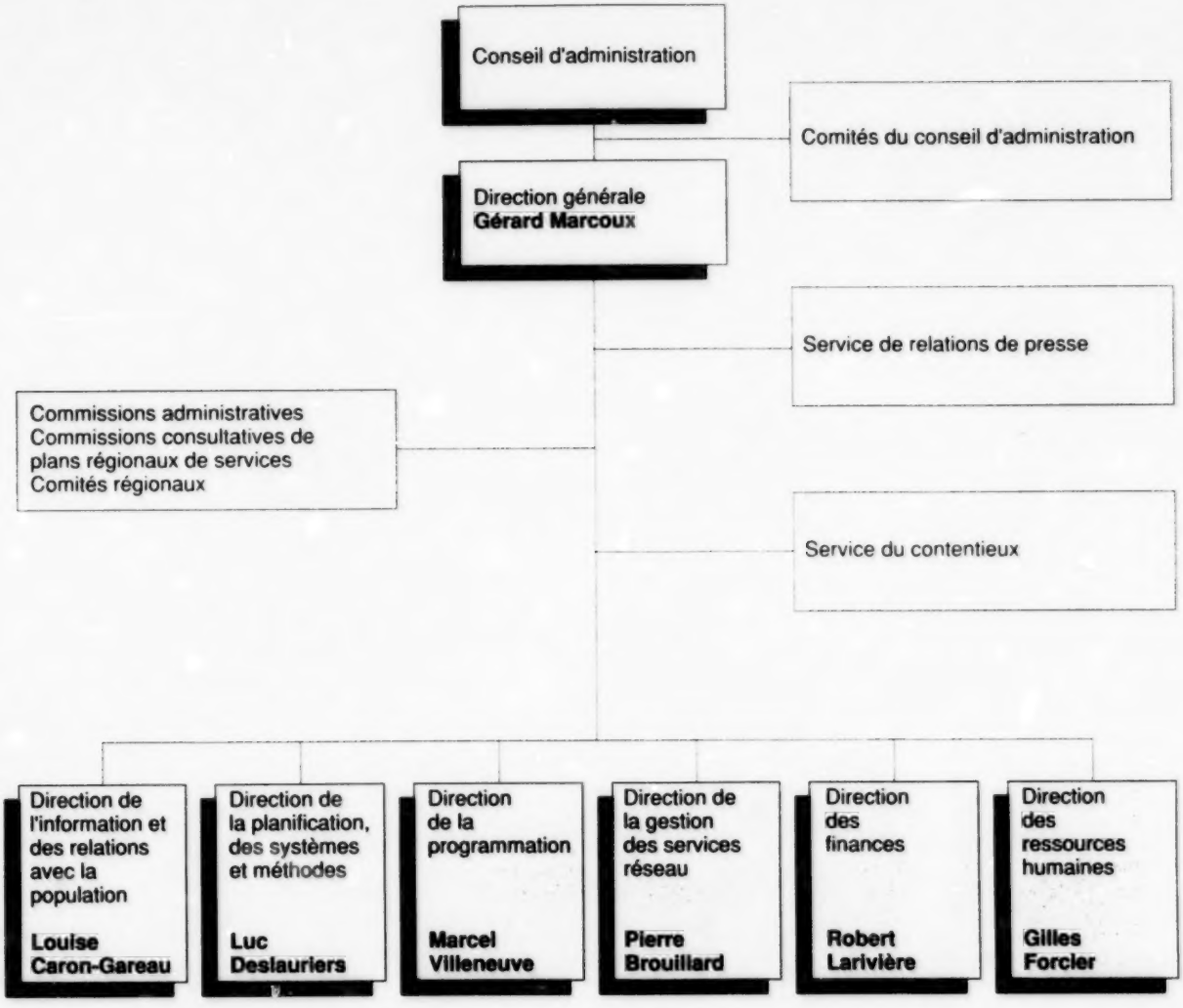
**C.E.G.E.P.**
M. Yves Mongeau

**Organismes bénévoles**
Poste vacant

**Directeur général du C.S.S.S.R.M.M.**
M. Gérard Marcoux (secrétaire)

# L'organigramme du Conseil régional





# Le Conseil régional : profil et orientations

Avant de parler du Conseil régional, de ses fonctions et orientations et des activités réalisées au cours de l'année, rappelons que le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain est une corporation au sens du Code civil et qu'il peut, dans le cadre des normes établies à cette fin par les règlements, exercer tous les pouvoirs d'une telle corporation, outre les pouvoirs spéciaux que lui confère la loi sur les services de santé et sociaux.

De façon générale, le Conseil régional est le maître d'oeuvre des plans de services régionaux. Il a pour fonctions principales de préserver les droits et la participation générale du public aux services de santé et aux services sociaux, de gérer efficacement ces services sur les plans administratif et financier et de conseiller et d'assister les établissements dans l'élaboration de leurs programmes de développement et de fonctionnement des services. Il a également le mandat et les pouvoirs de coordonner les services dispensés par les établissements, incluant les soins d'urgence; enfin, il a la charge de recevoir et d'entendre les plaintes exprimées vis-à-vis les services de santé ou les services sociaux et de faire les recommandations appropriées à ce sujet.

Le Conseil régional constitue un bassin riche et complexe qui s'appuie à la fois sur une permanence présentant des expertises diverses et sur la contribution du réseau, grâce à des commissions administratives et des comités permanents. Ses pouvoirs sont exercés par un conseil d'administration formé de dix-huit membres et doté de trois comités: le comité de vérification, le comité administratif et le comité d'orientation et de législation. Le conseil d'administration est responsable des actions du Conseil régional en cours; il peut prendre toutes décisions qu'une corporation assume habituellement, notamment emprunter de l'argent sur son crédit, hypothéquer, émettre des obligations.

Pour accomplir son mandat, le Conseil régional a un budget opérationnel de 17 400 000 $, dont 11 100 000 $ sont attribués au fonds d'exploitation d'Urgences santé et 6 300 000 $ aux autres activités du C.S.S.R.M.M. Il gère cependant des fonds totalisant 195 000 000 $ qui incluent, outre son budget d'opération, les coûts de transport d'Urgences santé (28 000 000 $), le budget pour les mesures de désengorgement des salles d'urgence des centres hospitaliers (24 000 000$), les services à domicile, l'implantation des C.L.S.C. et les soins préventifs dispensés dans les C.L.S.C. (34 000 000 $), les immobilisations (45 600 000 $), etc. Deux cent neuf personnes, réparties dans les six directions, oeuvrent au bon fonctionnement de l'institution, sous l'autorité du directeur général.

Chaque année, le directeur général soumet pour approbation aux membres du conseil d'administration les orientations de l'année, commandées par les priorités régionales, les clientèles cibles et les situations problématiques vécues. Ces orientations, en 1988-89, se définissaient comme suit:

- centrer les activités sur l'identification des besoins des clientèles prioritaires et sur l'organisation de services intégrés à ces clientèles; favoriser l'approche clientèle et l'approche réseau;
- améliorer et étendre l'application de la formule de gestion de projet avec "leader" spécialisé et équipe pluri-directionnelle, dans le traitement des dossiers;
- maintenir l'équilibre budgétaire et faire des choix prioritaires dans le cadre des autorisations budgétaires;
- procéder à la réévaluation de la mission, des fonctions, de la structure et des modalités de fonctionnement du Conseil régional.

# Les établissements de santé et de services sociaux

| Sous-régions<br>Catégorie d'établissements | LAKESHORE | LAVAL | GÉNÉRAL DE MONTRÉAL | MAISONNEUVE-ROSEMONT | SACRÉ-COEUR | SAINT-LUC | SAINTE-JUSTINE | VERDUN | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **C.H. TOTAL** | 6 | 4 | 15 | 19 | 12 | 9 | 7 | 6 | 78 |
| Courte durée | 3 | 3 | 13 | 5 | 5 | 4 | 5 | 2 | 40 |
| Longue durée | 3 | 1 | 2 | 11 | 7 | 5 | 2 | 3 | 34 |
| Vocation psychiatrique | | | | 3 | | | | 1 | 4 |
| **C.A. TOTAL** | 14 | 21 | 19 | 24 | 30 | 12 | 5 | 8 | 134 |
| Hébergement | 9 | 14 | 9 | 17 | 22 | 6 | 4 | 7 | 88 ** |
| Réadaptation | | | | | | | | | |
| • Mésadaptés socio-affectifs | 1 | 3 | 2 | 4 | 5 | 1 | 1 | 1 | 19 * |
| • Handicapés physiques | | | 3 | | | 2 | | | 5 |
| • Handicapés mentaux | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 2 | | | 15 |
| • Alcooliques et toxicomanes | 1 | | 2 | 1 | | | | | 4 |
| • Vocation psychiatrique | | | | | | 1 | | | 1 |
| • Mères en difficulté | | | 2 | | | | | | 2 |
| **C.L.S.C. TOTAL** | 3 | 4 | 4 | 7 | 3 | 6 | 1 | 2 | 30*** |
| **C.S.S. TOTAL** | | | | | | | | | 3 |
| **TOTAL** | 23 | 29 | 38 | 50 | 45 | 27 | 13 | 16 | 245 |

* 1 établissement hors région

** Ne sont pas inclus à ce nombre: 2 C.A.H. administrés par des C.H.S.L.D., 5 C.A.H. administrés par des C.H.S.C.D. et 3 C.A.H. administrés par des C.L.S.C.

*** Ne sont pas inclus à ce nombre: 2 C.L.S.C. administrés par des C.A.H., un C.L.S.C. administré par un C.S.S. et un C.L.S.C. administré par un C.H.S.L.D.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Lits de courte durée | 502 | 452 | 3 396 | 2 258 | 1 448 | 1 784 | 1 769 | 788 | 12 397 |
| Lits de soins de longue durée | 1 065 | 248 | 729 | 2 387 | 933 | 1 169 | 756 | 696 | 7 983 |
| Places d'hébergement | 952 | 1 307 | 1 323 | 4 525 | 2 339 | 1 591 | 1 059 | 974 | 14 070 |
| Places de réadaptation | 758 | 547 | 572 | 873 | 688 | 281 | 26 | 60 | 3 865 * |

* 60 lits appartenant à un établissement hors région

Source: Services documentaires, C.S.S.S.R.M.M., 1989

Les prix Persillier-Lachapelle sont décernés chaque année par la ministre de la Santé et des Services sociaux pour souligner la qualité des services offerts par des établissements du réseau et des organismes communautaires.

Le *Prix d'excellence en affaires sociales*, la plus haute distinction, a été décerné au **Centre d'accueil Le Manoir Cartierville**, de Montréal. Cet établissement de 285 places offre des services d'hébergement à des personnes âgées dont la moitié ont une déficience auditive et souvent aussi une déficience visuelle. Il offre aussi les services d'un centre de jour visant exclusivement les personnes déficientes auditives.

Enfin, l'un des deux *Prix pour l'intégration communautaire et l'amélioration des services en santé mentale* a été décerné à la **Maison Saint-Jacques**, de Montréal, pour ses nombreuses initiatives auprès de jeunes de 18-35 ans ayant des problèmes de santé mentale.

# Les directions du Conseil régional



La Direction de la planification, composée de trois services, a pour objectif de préparer les analyses, recherches et études portant sur les besoins, les ressources et les services de la région, ainsi que des systèmes d'information nécessaires à la gestion des opérations, à l'analyse de bases de données et à la planification. Cette direction assumait également les questions relatives au développement et au fonctionnement de l'informatique au Conseil régional ainsi que le dossier de l'informatique régionale. Elle est forte d'une équipe permanente multidisciplinaire, composée d'un administrateur, un économiste, une mathématicienne, un anthropologue, une infirmière, une sage-femme, une enseignante et un chercheur.

**Le service des études de besoins, de l'évaluation et des orientations** traite un dossier de fond: la gestion du programme de subventions à la recherche communautaire, dont le budget cette année s'élève à 375 000 $. Ce programme veut développer des projets novateurs dont les résultats sont applicables, en offrant un soutien concret au réseau de santé communautaire dans l'étude de problématiques, l'expérimentation de méthodes d'intervention et l'évaluation de programmes en santé communautaire. Ainsi, un projet de santé mentale avec l'objectif de promouvoir la santé mentale dans les familles, a été finalisé par le Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal. Également, un projet d'expérimentation et d'évaluation d'une intervention préventive contre la violence faite aux enfants a été finalisé par le D.S.C. de l'Hôpital Verdun; le Conseil régional avait accordé 131 000 $ à ce projet.

**Le service des données et analyses** s'occupe de cinq champs d'activités: les études et analyses, les systèmes d'information de gestion, les données de base pour la planification/programmation du Conseil régional, les services informatiques et le service des naissances. Il assume la conception, le développement et le fonctionnement de systèmes d'information régionaux ainsi que la production et l'analyse de données budgétaires et démographiques.

**Le service informatique** était chargé, pour sa part, de fournir appui et entretien pour le fonctionnement des systèmes. Cette responsabilité relève maintenant de la Direction des finances.

La Direction de la planification est toujours responsable du programme de travaux communautaires, qui entre bientôt dans sa sixième année d'existence. Il permet à des jeunes bénéficiaires de l'aide sociale de moins de trente ans de faire un apprentissage de travail dans des organismes sans but lucratif et des établissements du réseau. Cette année, grâce à l'implication des promoteurs, 198 projets se sont déroulés, offrant 907 stages à 1 470 jeunes inscrits au programme.

De gauche à droite: Luc Deslauriers, Louise Caron-Gareau, Gilles Forcier, Gérard Marcoux, Robert Lanvière, Marcel Villeneuve, Pierre Brouillard.

## LA DIRECTION DE LA PROGRAMMATION

La Direction de la programmation est responsable d'organiser et de coordonner de la façon la plus adéquate possible les services de santé et les services sociaux offerts à la population de Montréal métropolitain. Ces activités étaient regroupées autour de cinq secteurs: les services de première ligne, les services d'hébergement et de soins de longue durée, les services de réadaptation, les services hospitaliers de courte durée, les services de santé mentale.

Dans le cadre des orientations et des priorités du Conseil régional, la Direction de la programmation a mis l'accent sur l'organisation des services généraux, spécialisés et ultra-spécialisés et a favorisé le développement de programmes intégrés de services spécifiques et adaptés, en particulier pour les clientèles cibles prioritaires identifiées, notamment:

- les personnes âgées
- les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale (notamment les 15 à 24 ans)
- les jeunes en difficulté
- les personnes handicapées physiques
- les personnes handicapées intellectuelles
- les alcooliques et autres toxicomanes
- les personnes aux prises avec des problèmes de violence
- les personnes atteintes de SIDA.

Pour ces clientèles cibles prioritaires, le Conseil régional, assisté de ses commissions administratives, planifie le développement de plans régionaux de services indiquant le type, la quantité et la localisation des services requis pour répondre aux besoins essentiels de ces personnes. La contribution des établissements de santé et de services sociaux, des organismes d'action volontaire et des partenaires associés y sera définie. Ces plans seront à la base de l'organisation des services dans la région de Montréal avec comme préoccupation centrale, rappelons-le, **la personne en besoin de services.**

De la même façon, l'ensemble de la population de Montréal peut avoir besoin de services de santé ou de services psychosociaux. Ces personnes doivent avoir un accès facile aux centres hospitaliers, aux C.L.S.C. ou encore aux centres de services sociaux. Trois services de la Direction de la programmation sont chargés d'établir la programmation des services pour les rendre plus accessibles.

Les fonctions de cette direction sont assumées par un personnel aux multiples expertises: psychologues, communicateurs, animateurs, sociologues, ergothérapeutes, infirmières, psychiatre, spécialistes en santé communautaire, travailleurs sociaux, psycho-éducateurs, sans compter des gestionnaires et administrateurs chevronnés.

## LA DIRECTION DE L'INFORMATION ET DES RELATIONS AVEC LA POPULATION

La Direction de l'information et des relations avec la population est responsable de toutes les activités de communication et de relation avec la communauté du Conseil régional. Elle est en charge du dossier des séances publiques d'information, des élections au Conseil d'administration de l'application de la loi 65, du dossier jury de sélection des directeurs généraux des établissements, du dossier des relations de presse et de l'évaluation de la qualité des services . Elle est organisée autour de trois services et réunit une équipe composée d'administrateurs, d'infirmières, d'une psycho-éducatrice, d'un psychologue, d'une travailleuse sociale, d'une avocate, d'une archiviste et de techniciennes en communication et en documentation, à laquelle s'ajoute une équipe de soutien.

**Le service des relations avec le réseau et la communauté** a coordonné et surveillé le processus des élections pour 332 postes au sein des conseils d'administration publics; il assure un soutien aux membres des conseils d'administration et aux directeurs généraux des établissements publics de la région, apporte conseil et appui aux comités de bénéficiaires (une dizaine cette année), a produit deux répertoires et une dizaine de dépliants d'information et assure la coordination du dossier de condition de vie des femmes.

**Les services documentaires**, pour leur part, terminent la mise en place d'un programme de gestion documentaire, en assurent le bon fonctionnement et gèrent le centre de documentation.

**Le service à la clientèle** a répondu à plus de 8 500 demandes de renseignements et références sur les services de santé et sociaux et a traité quelque 1 500 plaintes au cours de l'année. Tous les citoyens du Québec ont, de par la loi, des garanties d'accessibilité universelle à des services de santé personnalisés continus et de qualité. Aussi, toute personne qui croit que les services ne lui ont pas été dispensés selon les normes établies peut porter plainte auprès du Conseil régional. Ce dernier doit alors s'assurer que les droits et les besoins des bénéficiaires soient respectés et que les correctifs qui s'imposent soient apportés. La recherche de solutions appropriées se fait dans un esprit de collaboration et de concertation avec les intervenants et les dirigeants concernés. 51% des plaintes sont portées à notre attention par les familles, 26% par les usagers des services. Les autres plaintes proviennent essentiellement des employés du réseau ou d'amis de bénéficiaires. Enfin, 54% des plaintes fondées concernent les personnes âgées de plus de 65 ans.

Services documentaires
Renée Lesage et Louise Bazin

### RÉPARTITION DES PLAINTES PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS

| Catégorie d'établissements | Plaintes fondées |
|---|---|
| C.H.S.C.D. | 25% |
| C.H.S.L.D. | 4% |
| C.H.V.P. | 2% |
| C.A.H. | 7% |
| C.A.R. | 1% |
| C.S.S. (B.S.S.) | 12% |
| C.L.S.C. | 14% |
| Urgences santé. | 29% |
| Autres (ress. sans permis, organisations...) | 4% |

### RÉPARTITION DES PLAINTES SELON LES CRITÈRES D'ÉVALUATION

| Critères d'évaluation | Plaintes fondées |
|---|---|
| Qualité des soins-services dispensés aux bénéficiaires | 14% |
| Qualité des relations humaines et des communications | 19% |
| Accessibilité et continuité des services | 46% |
| Qualité du milieu de vie et qualité des ressources matérielles | 12% |
| Aspect financier | 2% |
| Autres droits des bénéficiaires | 4% |

## LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

La Direction des ressources humaines est responsable de la gestion des ressources humaines et des relations de travail au sein du Conseil régional. Son équipe de gestionnaires a des expertises dans des domaines aussi variés que les relations de travail, la dotation, la formation, le développement des ressources humaines, la santé-sécurité. La Direction a été responsable de compléter, cette année, le protocole de transfert des activités et des ressources d'Urgences santé à la nouvelle corporation, procédant par la même occasion à une révision complète de sa structure.

**Le service du perfectionnement** oeuvre au perfectionnement de cadres, de membres de conseils d'administration et de bénévoles. Il élabore un programme varié d'activités à l'intention de publics cibles de la région: cadres, membres des conseils d'administration et bénévoles. Sur la base des besoins des clientèles , le service organise des activités selon divers modèles afin de faciliter leur participation: sessions intensives, colloques, matinées de réflexion, soirées d'information, déjeuners-causeries et, sur demande, sessions en établissements.

En matière de perfectionnement-formation, le service a mis sur pied des centres d'évaluation du potentiel pour les cadres intermédiaires. Ces centres d'évaluation visent à identifier les forces et faiblesses en gestion des cadres participants, afin de les aider à mieux cerner leurs besoins de perfectionnement.

## DISTRIBUTION DES EMPLOYÉS DANS LES DIFFÉRENTES DIRECTIONS

| | |
|---|---|
| Direction générale | 18 |
| Direction de la programmation | 59 |
| Direction de l'information et des relations avec la population | 30 |
| Direction des services administratifs | 60 |
| Direction de la planification | 22 |
| Direction des ressources humaines | 20 |
| Direction des Urgences santé | 305 |
| **Total** | **514** |

## TAUX DE PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS DE PERFECTIONNEMENT

| | Automne 88 Nombre de part. | Hiver-print. 89 Nombre de part. |
|---|---|---|
| Cadres intermédiaires | 304 | 361 |
| Membres des conseils d'administration | 194 | 230 |
| Organismes communautaires | 160 | 156 |

## LA DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS

La Direction des services administratifs regroupait, sur le plan interne, le service des ressources financières du Conseil régional, le service des approvisionnements et le service de la gestion des édifices, et sur le plan externe, le service des ressources partagées et le service des ressources matérielles qui desservent les établissements de la région.

Les commissions et les comités rattachés à cette direction permettent à plus de soixante experts dans différents domaines de coordonner les activités reliées à l'organisation des ressources physiques et des services auxiliaires dans le réseau, sans compter les divers experts qui composent son équipe permanente: administrateur agréé, architecte, avocat, ingénieur. La direction est responsable de redistribuer, s'il y a lieu, des ressources disponibles affectées à ces activités, de favoriser la concertation des ressources, des établissements et des organismes, de développer des programmes d'intervention, de réaliser des études et analyses et enfin, de conseiller le Conseil régional sur les orientations régionales à adopter.

## NEGOCIATIONS REGROUPÉES (1)

| | 1988-89 |
|---|---|
| Diététique | 25 791 090 |
| Lingerie literie | 3 474 371 |
| Entretien ménager | 5 707 274 |
| Installation matérielle | 6 559 901 |
| Laboratoire | 4 791 877 |
| Soins infirmiers | 24 299 182 |
| Pharmacie | 51 880 809 |
| Radiologie | 6 228 353 |
| Buanderie | 14 696 070 |
| Équipement administratif | 8 331 070 |
| Contrats de service | 1 000 000 |
| **TOTAL** | **152 759 997** |

## IMMOBILISATIONS, PROJETS AUTORISÉS

| | Nombre de projets | Subventions ($) |
|---|---|---|
| CENTRES HOSPITALIERS | | |
| **Secteur construction** | | |
| Sécurité vétusté | 76 | 3 559 300 |
| Réaménagement | 30 | 1 824 898 |
| Projets spéciaux M.S.S.S. (1) | 3 | 821 000 |
| **Secteur équipement** | | |
| Remplacement | 79 | 5 413 295 |
| Ajout d'équipement | 30 | 1 709 317 |
| Projets spéciaux M.S.S.S.(2) | 19 | 8 420 386 |
| **Versements aux C.H.**(3) | 50 | 11 404 750 |
| **TOTAL CENTRES HOSPITALIERS** | **287** | **34 977 844** |
| C.A., C.L.S.C., C.S.S. | | |
| **Secteur construction** | | |
| Sécurité vétusté | 169 | 2 442 147 |
| Réaménagement | 47 | 2 421 207 |
| **Secteur équipement** | | |
| Renouvellement | 167 | 3 674 700 |
| Développement (M.S.S.S.)(4) | 19 | 574 655 |
| **TOTAL C.A., C.L.S.C., C.S.S.** | **402** | **9 112 709** |
| Location d'espaces | (baux) | |
| Établissements publics | 225 | 13 700 000 |
| **TOTAL RESSOURCES MATÉRIELLES** | | **57 790 553** |
| **TOTAL PROJETS ET BAUX** | **1 603** | |

(1) Comprend des budgets pour l'incinérateur de l'Hôpital Notre-Dame, pour l'urgence de l'Hôpital Saint-Luc et pour 12 lits de transition à l'urgence de l'Hôpital Lakeshore.

(2) Comprend 10 projets d'angioradiologie et de fluoroscopie avec un financement partiel.

(3) Il s'agit de budgets pour fin d'équipement ordinaire et mobilier et pour la participation des C.H. aux projets autorisés par le C.S.S.S.R.M.M. L'enveloppe correspond au tiers des revenus de chambres antérieurement affectés à ces fins.

(4) Comprend entre autres des montants versés à 6 C.L.S.C. dans le cadre de la consolidation des C.L.S.C. ainsi qu'à l'Institut des aveugles pour du matériel didactique et au Centre d'accueil Cartier pour les unités de vie.

# Les activités par clientèle

## LE SECTEUR DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE



Suite à la décision ministérielle de compléter le réseau des C.L.S.C. en juillet 1987, le secteur des services de première ligne, responsable de la planification et de la coordination du parachèvement de ce réseau, a supervisé les dernières opérations reliées à ce dossier, notamment les transferts de budget, de personnel, de locaux et d'équipement. Les efforts seront désormais dirigés dans le sens du *Rapport Brunet* et des orientations de la Ministre publiées en avril 1989, vers la consolidation, le développement et la programmation des différentes activités des C.L.S.C., vers leur articulation avec les autres réseaux de services et vers le développement du programme de soutien aux organismes bénévoles. Le secteur s'appliquera également prioritairement à mettre en place un système d'information sur les clientèles et les services dispensés en C.L.S.C., sur la base des travaux déjà entrepris par le Ministère, et collaborera à l'implantation de ce système à Montréal.

Le programme de services à domicile est maintenant solidement implanté; il s'agit dorénavant de développer, de consolider et de coordonner l'ensemble de ces services entre eux et avec les autres partenaires du réseau, principalement les centres hospitaliers et les centres d'hébergement et de soins prolongés. Le volet des services intensifs à domicile, entre autres, implanté dans tous les C.L.S.C. de la région, fait l'objet d'un suivi attentif au niveau des clientèles, des services et des budgets, tout en favorisant une gestion locale des services. Un bilan est dressé chaque année, ce qui permet de maintenir un portrait évolutif et à jour de la situation.

De nombreuses fiducies ont été assignées directement au secteur des services de première ligne, bien qu'en dernière instance, le contrôle relève des services financiers de la Direction des services administratifs. Ces fiducies ont totalisé, 60 000 000 $ en 1988. Elles regroupent les fiducies pour les mesures d'urgence, celles pour les services intensifs aux personnes handicapées et pour le maintien à domicile.

La méthodologie d'allocation entre les C.L.S.C. pour les budgets de développement en services à domicile est basée sur trois critères, soit l'âge, le statut socio-économique et le taux d'incapacité. Elle fait actuellement l'objet d'une étude plus approfondie dont les résultats seront disponibles à l'automne 1989.

Le dossier des avis de naissance a vu ses règles resserrées en ce qui concerne la transmission des avis de naissance aux C.L.S.C.; ces derniers, plus rapidement informés, peuvent intervenir sans délai auprès des cas à risque. Par ailleurs, une étude sur l'ensemble du système de référence en périnatalité a été effectuée en consultation avec une centaine d'experts. Un projet d'expérimentation visant à améliorer la sélection et le suivi des cas à risque est actuellement en cours avec la collaboration des hôpitaux, des C.L.S.C. et des C.S.S., sous la coordination du Conseil régional et du regroupement des D.S.C. Enfin, l'élaboration d'un plan des effectifs médicaux en première ligne a été complété.

La problématique de l'hébergement et des soins de longue durée fait l'objet, depuis une dizaine d'années, de travaux continus à la Direction de la programmation. L'ampleur des changements socio-démographiques vécus dans les régions de Montréal-centre et Laval ont amené des modifications majeures dans le nombre et les caractéristiques des populations cibles adultes et personnes âgées en perte d'autonomie. En réponse à cette évolution des besoins, le secteur des services d'hébergement et de soins de longue durée a poursuivi ses efforts initiaux, mais a aussi élargi son champ d'intervention.

Afin de promouvoir le maintien des personnes âgées dans la communauté, le secteur des services d'hébergement et de soins de longue durée, en collaboration avec la Direction de l'information et des relations avec la population, informe directement la population et les intervenants au cours de rencontres, de colloques, de salons thématiques, d'émissions de télévision et de radio, etc. Les orientations actuelles, consistant à maintenir la personne âgée chez elle le plus longtemps possible et à utiliser davantage des services autres qu'institutionnels, y sont largement exposées.

Après avoir implanté un système d'accès aux ressources institutionnelles, le secteur des services d'hébergement et de soins de longue durée tente d'élargir la gamme de services institutionnels et recherche des alternatives et des solutions favorisant le maintien de l'autonomie de la personne âgée à domicile et en établissement. Cette problématique, qui devrait se traduire par l'élaboration d'un plan régional d'organisation de services, englobe désormais un continuum de services allant des services de maintien à domicile aux services institutionnels.

Dans le cadre de la priorité régionale d'améliorer l'état de santé et la participation sociale des personnes âgées, le secteur hospitalier de courte durée a également oeuvré au développement d'unités de gériatrie, à la consolidation des unités existantes, à finaliser la politique d'admission et de sortie pour ces unités, à établir les inter-relations avec les autres services et ressources gériatriques et à identifier ces services en externe. De plus, en collaboration avec la Direction de la planification, le secteur tente de développer un modèle pour évaluer le fonctionnement et l'impact des unités d'évaluation et de traitement gériatriques.

En 1988-89, conformément aux priorités adoptées par le Conseil régional, les principales actions du secteur ont porté sur les dossiers suivants:

- la démarche d'amélioration du système régional d'admission;
- la révision de la méthodologie utilisée et la répartition intra-régionale de l'enveloppe de développement pour l'alourdissement des clientèles;
- l'adoption de critères d'admission révisés en pavillons, en centres d'accueil d'hébergement, en centres hospitaliers de soins de longue durée et en unités de soins de longue durée;
- le développement des ressources d'hébergement temporaire;
- le développement de programmes s'adressant aux communautés culturelles;
- la mise à jour de l'inventaire des ressources résidentielles et communautaires pour personnes âgées;
- la coordination des services de réadaptation et des services psychosociaux;
- la formation des intervenants travaillant dans des unités spécifiques;
- la conduite de travaux sur les statistiques produites et sur la budgétisation des centres de jour;
- l'élaboration de documents d'orientation concernant les pavillons gériatriques ainsi que les centres communautaires pour personnes âgées;
- l'élaboration d'un état de la situation de l'implantation du plan d'intervention.

## LA SANTÉ MENTALE

La mise en place d'un réseau intégré de services en santé mentale est toujours la préoccupation majeure du secteur des services de santé mentale: les efforts portent maintenant sur l'optimisation des ressources institutionnelles et sur l'organisation de services externes et communautaires, dans un contexte de ressources limitées.

Des fonds additionnels (environ 1 000 000 $) ont été de nouveau demandés au M.S.S.S. pour assurer la récurrence des budgets - et la survie - d'organismes communautaires dispensant des services de réintégration sociale.

Une évaluation des patients de longue durée occupant un lit de courte durée a été effectuée. Celle-ci révélait que 34% des lits de courte durée psychiatrique étaient occupés par des patients nécessitant plutôt des services de longue durée, soit en institution, soit en ressources communautaires. Ce phénomène a un lien direct avec la désinstitutionnalisation et a une conséquence importante sur l'encombrement des salles d'urgence.

Des efforts ponctuels ont été faits pour améliorer la situation des salles d'urgence encombrées: le Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine, le Centre hospitalier St-Mary et l'Hôpital général Juif sont parmi ceux qui ont été aidés.

La sectorisation des services de courte durée, déjà redéfinie, devrait voir son implantation au cours des prochains mois.

L'organisation d'un réseau intégré de services en santé mentale est déjà amorcée, afin que la continuité et l'accessibilité des soins soient assurées à toutes les clientèles. En développant un plan d'organisation de services, le Conseil régional entend définir les niveaux de services par clientèle, les conditions d'accès et la répartition des services sur le territoire.

Le 16 janvier 1989, la ministre de la santé et des services sociaux, Madame Lavoie-Roux, annonçait une nouvelle politique gouvernementale en matière de santé mentale, exposant les orientations suivantes:

- assurer la primauté de la personne;
- accroître la qualité des services,
- favoriser l'équité;
- rechercher des solutions dans le milieu de vie;
- consolider le partenariat.

Ces orientations deviendront les objectifs du Conseil régional pour les années à venir. Un comité aviseur sera mis sur pied dès avril 1989 afin de participer à l'élaboration d'un plan d'organisation de services en santé mentale pour notre région.

Le secteur des services de première ligne, de concert avec les services de santé mentale, oeuvre à l'implantation et à l'évaluation de projets de démonstration en santé mentale dans les C.L.S.C. situés dans le secteur du centre hospitalier Louis-H. Lafontaine. Des équipes de santé mentale ont été implantées dans six C.L.S.C., ce qui a entraîné d'autres C.L.S.C. à développer ce type d'intervention avec leurs propres ressources. Il reste à préciser et à développer ce genre de services en C.L.S.C., notamment pour les jeunes adultes.

## LES PERSONNES HANDICAPÉES PHYSIQUES

Toute personne limitée dans l'accomplissement d'activités normales à cause de déficiences auditive, motrice, organique ou visuelle, et devant utiliser des moyens particuliers pour pallier à ses incapacités, devrait être en mesure de recevoir la panoplie des services essentiels à son intégration sociale. La préoccupation majeure du Conseil régional est la définition des besoins spécifiques de cette clientèle afin d'y répondre le plus adéquatement possible. Les dossiers concernant cette clientèle prioritaire sont souvent traités en collaboration entre plusieurs secteurs du Conseil régional.

La question des personnes handicapées connaît des développements importants dans le secteur des services de première ligne. En effet, des travaux visant la définition , l'actualisation et le développement de services dans les C.L.S.C. sont en cours pour les clientèles présentant diverses déficiences, incluant les personnes handicapées physiques et sensorielles. Le secteur des services de première ligne, qui organise des services à domicile intensifs et à long terme pour les personnes handicapées physiques, a renouvelé une entente avec l'Office des personnes handicapées du Québec, qui permet à l'O.P.H.Q. de fournir un financement palliatif lorsque les ressources du Conseil régional sont épuisées.

Un projet de politique de soutien aux familles vivant avec une personne handicapée physique est terminé; le secteur a amorcé une consultation auprès de ses principaux partenaires incluant les organismes communautaires et bénévoles.

Pour les enfants de 0 à 4 ans ayant une déficience auditive, un inventaire des ressources existantes et des besoins a été dressé, ce qui devrait permettre d'identifier les lacunes de services et de proposer une organisation et une distribution de services plus adéquates. Les premiers résultats indiquent qu'une intervention urgente s'impose.

Le premier plan d'effectifs médicaux au Québec a également été développé pour les établissements avec mandat spécifique de réadaptation.

Au cours de l'année, des pressions ont été faites par les organismes de promotion et les centres de réadaptation afin que soient mis sur pied des services de réadaptation pour les adultes atteints de maladies neuro-musculaires (dystrophie musculaire, ataxie de Friedreich, etc.). Cette clientèle atteint aujourd'hui l'âge adulte grâce à l'avancement de la technologie médicale et requiert des services spécifiques. Après analyse, deux établissements de réadaptation pour adultes ont été désignés pour offrir ces services, jusque-là inexistants, et d'autres démarches sont en cours.

Enfin, un dépliant ayant pour but d'améliorer l'accessibilité aux services pour les personnes ayant une déficience auditive a été publié en collaboration avec la Direction de l'information et des relations avec le réseau. Orienté vers les intervenants, ce guide apporte des conseils pratiques quant à l'approche à favoriser avec les mal-entendants.

En conclusion, le Conseil régional a amorcé des actions concrètes en vue d'établir un plan de services intégrés aux personnes handicapées physiques. Le système d'information et l'inventaire des ressources et des clientèles devraient permettre de rationaliser l'utilisation et l'accès aux ressources en centres de réadaptation. De plus, tous les travaux entrepris à l'égard des nombreuses clientèles cibles posent les jalons nécessaires à une meilleure articulation de toutes les composantes du réseau à l'égard de ces clientèles.

## LES PERSONNES HANDICAPÉES INTELLECTUELLES

L'axe principal des activités du secteur des personnes handicapées intellectuelles se situe à l'intérieur des paramètres déterminés dans le cadre du plan régional d'organisation des services, adopté par le conseil d'administration du Conseil régional en 1984-85. Dans l'implantation des orientations du plan, deux volets majeurs de l'intervention régionale ont été retenus comme prioritaires.

Le premier volet concerne la réintégration sociale des personnes vivant en milieu institutionnel: centres d'accueil de réadaptation et centres hospitaliers à vocation psychiatrique. La réintégration sociale fait partie d'un processus planifié de la part des établissements concernés et se situe généralement à l'intérieur de plans triennaux ou quinquennaux de conversion des ressources. Le Conseil régional a joué un rôle de premier plan dans la coordination des ces activités, ce qui a permis la réintégration sociale de près d'une centaine de personnes en impliquant une vingtaine de centres d'accueil de réintégration, tant ceux de la région métropolitaine que ceux situés en région. Le Conseil régional a géré un budget de près de 4 millions de dollars pour mener à bien cette opération.

Le deuxième volet de l'activité régionale concerne l'articulation et l'implantation de services de support pour les personnes qui vivent déjà dans la communauté. Les services touchent à la fois l'aide éducative à domicile et les services de répit et de dépannage destinés aux familles. Déjà, 175 familles ont bénéficié de près de 3 000 journées de répit dans le cadre de services organisés conjointement par le Conseil régional et les centres de services sociaux de la région. Des sommes de 140 000 $, annualisées à 566 000 $, sont gérées par le Conseil régional, spécifiquement pour les services de soutien aux familles.

Conjointement avec le secteur des services de première ligne, nous sommes en voie de finaliser des modifications au plan régional, définissant les rôles et les responsabilités des C.L.S.C. dans l'attribution de services aux personnes handicapées intellectuelles et aux membres de leurs familles.

Le service aux jeunes en difficulté s'assure que les jeunes de la région reçoivent des services adaptés à leurs besoins en développant différentes interventions avec les établissements et le réseau de professionnels concernés par la problématique des jeunes. Il doit tenir compte, dans ses approches, de trois lois: la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Loi sur la protection de la jeunesse et la Loi sur les jeunes contrevenants.

Cette année, dans l'optique de développer un système régional d'admission, l'ensemble des critères d'admission en centres d'accueil ont fait l'objet d'une approbation au conseil d'administration. Aucun enfant mésadapté socio-affectif ne se voit refuser l'accès à des services de réadaptation en raison de critères d'exclusion.

Le 16 mars dernier, après plusieurs mois de travaux et après une consultation auprès des partenaires des réseaux de la santé et des services sociaux, de l'éducation, des organismes communautaires et des associations de la région métropolitaine, le conseil d'administration a entériné le cadre théorique de plans de services aux jeunes en difficulté et à leur famille.

Ce cadre théorique sera la base d'une transformation importante du système de distribution de services aux jeunes. Des travaux liés à l'expérimentation de modèles opérationnels de plans de services sont actuellement en cours dans la région.

Dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, suite à un mandat ministériel, le Conseil régional, en collaboration avec ses partenaires du réseau et de la communauté, a entrepris des projets de l'ordre de 190 000 $. Ces projets visent la réduction des listes d'attente, le développement d'une prise en charge réseau ainsi que l'amélioration de la gestion des différentes opérations liées à l'application de la Loi.

En ce qui concerne la Loi sur les jeunes contrevenants, la mise en place d'un programme de garde discontinue qui réponde aux besoins des jeunes (par exemple, des gardes de fin de semaine) est actuellement en expérimentation. Après consultation auprès des partenaires concernés, l'évaluation de ce programme, en septembre 1989, permettra de statuer sur la pertinence de son maintien et, s'il y a lieu, sur la définition des conditions afférentes.

Le caractère mouvant des besoins et des réalités des jeunes ainsi que l'importance d'orienter et de planifier dans la région les services aux jeunes, a conduit le service à commander une recherche sur les principaux déterminants culturels, sociaux et économiques qui devraient influencer l'organisation des services régionaux. Monsieur Camille Bouchard, chercheur à l'Université du Québec à Montréal, terminait en mars 1989, pour le Conseil régional, cette étude. Cette dernière devrait alimenter la réflexion et les travaux devant conduire à la détermination d'un plan régional de services aux jeunes en difficulté.

Une fiducie de 350 000 $ a été créée et autorisée par le Ministère afin de subventionner des projets de concertation-jeunesse inter-établissements et organismes communautaires. Ces projets doivent favoriser la concertation, développer des pratiques plus souples et adaptées aux besoins des jeunes et répondre à des problématiques locales spécifiques. Douze projets impliquant plus de trente organismes et établissements ont été acceptés. Les projets de concertation-jeunesse inter-établissements et organismes sont originaux en ce sens qu'ils sont les seuls qui, concrètement, soutiennent une intégration des services entre les différents dispensateurs de services aux jeunes et ce, sur une base locale et communautaire. Ces projets tentent de développer une lecture commune des besoins des jeunes et essaient d'appuyer l'initiative des intervenants.

## L'ALCOOLISME ET LES AUTRES TOXICOMANIES

Le plan d'action 1988-1990 tient compte du bilan d'activités réalisé par la commission en alcoolisme et autres toxicomanies, ainsi que de la conjoncture et des tendances actuelles. Les orientations privilégiées demeurent les mêmes:

- situer la problématique de l'alcoolisme et des autres toxicomanies dans la région;
- élaborer une programmation intégrée pour les personnes alcooliques et toxicomanes;
- préciser les données concernant l'alcoolisme et les autres toxicomanies.

Plusieurs comités ont été mis sur pied et visent spécifiquement à situer cette problématique dans les régions 06A et 06E. Un de ces comités tente de définir des groupes cibles, des niveaux d'intervention régionale à privilégier, des modalités organisationnelles ainsi que des principes et orientations régionales. Ce document devrait servir de cadre de référence dans la région pour les prochaines années, en ce qui concerne l'organisation de services aux personnes alcooliques et toxicomanes. Les autres comités d'experts déposeront leur rapport avant la fin du mois de mai 1989. Ils travaillent à définir des orientations quant aux groupes cibles suivants: la population anglophone, la population judiciarisée ainsi que la population héroïnomane.

Dans le but de développer une programmation intégrée en alcoolisme et autres toxicomanies, le secteur des services de première ligne a participé à des projets expérimentaux pour personnes âgées au C.L.S.C. Métro et pour héroïnomanes aux C.L.S.C. St-Léonard et Centre-sud. Ces expériences devraient mener à préciser le rôle des C.L.S.C. en cette matière et à identifier la spécificité de chacun d'eux.

Un mandat consistant à élaborer des programmes régionaux d'intervention en prévention de la toxicomanie, a été confié par la Ministre au Conseil régional. Il devrait être réalisé d'ici décembre 1990 et a été remis au D.S.C. St-Luc, qui sera assisté d'un comité d'experts en la matière. Ce projet de programme de prévention permettra au Conseil régional de promouvoir les groupes cibles à privilégier ainsi que les moyens de prévention de la toxicomanie.

Enfin, devant l'acuité des problèmes vécus par les personnes itinérantes, le Conseil régional a créé, pour une période de six mois, un comité spécial dont le mandat est d'engager des actions face à l'accessibilité des services aux personnes itinérantes. De façon plus spécifique, les objectifs sont d'établir un état de la situation sur l'itinérance, de réduire l'inaccessibilité des services aux personnes itinérantes et de proposer le développement de ressources complémentaires, s'il y a lieu. Un plan d'action a été élaboré afin d'atteindre les objectifs visés dans les meilleurs délais.

Les activités du secteur des services hospitaliers de courte durée ont été fortement axées, cette année, sur des problématiques d'actualité: la congestion des salles d'urgence, les effectifs médicaux, la fermeture des lits de courte durée associée à la pénurie des infirmières et aux situations financières précaires que vivent les centres hospitaliers de courte durée. Le secteur a d'ailleurs produit un *bilan de santé* des services hospitaliers de courte durée qui passe en revue l'ensemble des problèmes auxquels sont confrontés les C.H.S.C.D. dans la région. L'étude insiste particulièrement sur l'utilisation maximale des ressources disponibles, la coordination, la rationalisation, le développement et la recherche de voies alternatives à l'hospitalisation avec, pour objectif premier, **l'accessibilité optimale des services de santé à la population**.

En plus du contrôle quotidien des salles d'urgence de la région et des interventions occasionnelles qui s'imposent, le secteur a développé des plans spécifiques locaux pour améliorer l'accessibilité aux services d'urgence dans les six hôpitaux suivants: la Cité de la Santé de Laval, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis, l'Hôpital général du Lakeshore, le Centre hospitalier St-Mary et l'Hôpital du Sacré-coeur de Montréal.

Tel que prévu, deux nouveaux projets d'hospitalisation à domicile de quinze lits chacun ont vu le jour, l'un à la Cité de la Santé de Laval, l'autre à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. L'hôpital à domicile est une structure offrant des soins et des services de courte durée à domicile.

L'évaluation des unités de gériatrie entreprise avec le Ministère est terminée dans quatorze des dix-sept unités de la région. Un rapport faisant état des résultats de cette démarche sera déposé à l'été 1989.

Le secteur a également procédé à une analyse du système de distribution des services de prévention et de contrôle des maladies transmises sexuellement, en particulier le chlamydia. Un modèle d'organisation de services quant à la répartition des volumes d'examens de laboratoire a été développé dans le but d'assurer une meilleure accessibilité pour la clientèle.

Enfin, c'est dans le cadre de l'élaboration des plans de services régionaux demandés par le Ministère qu'ont été entrepris les travaux du comité consultatif sur la néphrologie pour les insuffisants rénaux terminaux. Les travaux menés par le comité ont permis de dégager, d'une part, la nécessité de réorganiser la distribution des services en fonction d'une gradation de niveau de traitement et, d'autre part, la nécessité d'obtenir un ajustement budgétaire afin de tenir compte de l'augmentation de la demande pour ce type de services. Un plan d'organisation de services a également été finalisé en néonatologie.

| | 1987-88 | 1988-89 |
|---|---|---|
| **Nombre de lits dressés (06A,06E)** | | |
| **En courte durée** | | |
| • courte durée physique | 8 971 | 8 906 |
| • courte durée psychiatrique | 727 | 733 |
| **En longue durée** | | |
| • longue durée physique | 1 545 | 1 687 |
| **Total des lits dressés** | **11 243** | **11 326** |
| **Nombre total d'admissions en C.H.S.C.D.** | | |
| • Nombre total des admissions | 275 864 | 276 246 |
| • Admissions via l'urgence | 115 193 | 118 128 |
| **Nombre de lits fermés (annualisé)** | **735** | **770** |

## LES COMMUNAUTÉS CULTURELLES

Les communautés culturelles, définies comme toute communauté autre que française et britannique d'origine, représentent un dossier actif pour le Conseil régional, en particulier pour le secteur des services de première ligne. Afin de vérifier si les services des C.L.S.C. étaient bien adaptés aux besoins spécifiques des communautés culturelles, un état de la situation sur les services et les programmes qui s'adressent aux communautés culturelles a été réalisé à partir d'un questionnaire envoyé aux C.L.S.C., aux pré-C.L.S.C. et aux comités aviseurs de la région de Montréal métropolitain. Ce bilan a permis tout d'abord de dresser un portrait précis des services dispensés en particulier aux membres des communautés culturelles afin d'identifier les lacunes et d'adapter ces services aux besoins spécifiques de cette clientèle. Il a permis également de constater les niveaux de représentativité ethno-culturels dans les conseils d'administration et le personnel des C.L.S.C.

Les résultats de cette enquête, combinés à une étude des besoins socio-sanitaires des communautés culturelles de la région permettront d'identifier les priorités d'intervention en matière de services de première ligne pour mieux répondre aux besoins de cette clientèle.

## LES SERVICES À LA POPULATION DE LANGUE ANGLAISE

La loi 142, entrée en vigueur en décembre 1986, a donné lieu à un comité chargé d'élaborer un plan d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Des bilans sur l'accessibilité ont été réalisés pour la majorité des secteurs de services: ils ont permis d'établir que la majorité de la population d'expression anglaise jouit d'une bonne accessibilité linguistique aux services de santé et aux services sociaux, bien qu'il y ait place pour l'amélioration.

Le conseil d'administration du Conseil régional a déjà accepté les plans d'accessibilité en C.L.S.C., en centres d'accueil d'hébergement, en centres hospitaliers de soins de longue durée et en centres d'accueil de réadaptation pour les personnes de 0 à 17 ans et pour les personnes handicapées intellectuelles. Les recommandations, qui peuvent être implantées immédiatement, sont concentrées autour de deux axes principaux:

- accueil en anglais dans toutes les institutions de services de santé et de services sociaux où une personne d'expression anglaise est susceptible de s'adresser, qu'il s'agisse d'accueil, d'information ou de référence;

- toute personne d'expression anglaise devant vivre en institution devrait bénéficier d'un milieu de vie où l'on respecte sa langue.

Les plans d'accessibilité seront complétés au cours des prochains mois. Après avoir été entérinés par le conseil d'administration, ils seront acheminés au Ministère pour approbation finale.

## LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET BÉNÉVOLES

Chaque année, le Conseil régional recommande au Ministère l'allocation de subventions aux organismes communautaires dont les activités favorisent le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. En 1988-1989, le budget global attribué à la région, pour la réalisation du programme maintien dans la communauté s'élevait à 1 740 154 $. Des 120 organismes qui ont présenté une demande, 106 ont fait l'objet d'une recommandation favorable.

Ces organismes oeuvrent auprès des personnes âgées, des personnes handicapées, des malades chroniques, des convalescents et des familles en difficulté. Les objectifs du programme sont d'éviter ou de retarder le placement en institution, d'améliorer la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie résidant à domicile, de faciliter la réinsertion sociale et d'encourager l'action volontaire. Pour atteindre ces objectifs, les organismes dispensent, par l'entremise de bénévoles, des visites d'amitié, des coups de téléphone de sécurité, des livraisons de repas chauds à domicile, des services d'escorte-accompagnement, de parrainage civique et de répit-gardiennage.

La contribution inestimable des bénévoles demeure la principale garantie de succès pour l'actualisation de ce programme. Soulignons également l'apport exceptionnel des organismes communautaires et son caractère indispensable au bien-être de la population. Aussi, pour mieux supporter ces organismes, le Conseil régional souhaite augmenter le montant des subventions attribuées à chacun d'eux. À cet effet, des représentations sont en cours auprès du Ministère de la santé et des services sociaux; à titre d'exemple, le Conseil régional a produit un document démontrant la nécessité d'assurer un budget de base minimum aux centres communautaires pour personnes âgées. Un budget de 550 000 $ a fait l'objet d'une demande en ce sens.

En ce qui a trait aux autres types d'organismes, le Conseil régional entend poursuivre ses démarches afin que le budget global accordé à la région soit augmenté de façon significative.

Les mois qui viennent devraient voir la consolidation et le développement du programme de soutien aux organismes bénévoles: la clarification des relations avec le M.S.S.S. pour une gestion décentralisée des enveloppes provinciales de soutien aux organismes communautaires, la révision du programme et la redéfinition du mécanisme d'allocation budgétaire aux organismes. Une collaboration plus étroite avec les autres secteurs de la programmation devrait contribuer au développement de ressources communautaires pour les clientèles particulières.

## LES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE

Depuis 1983, le Conseil régional, préoccupé de développer une approche globale de la personne, reconnaît, à titre de partenaires dans l'organisation d'un réseau de services intégrés, les **ressources alternatives en santé mentale.** Il s'agit en général d' organismes sans but lucratif actifs en santé mentale, qui priorisent la personne adulte ayant des problèmes sévères de santé mentale et nécessitant un support dans sa démarche de réinsertion sociale ou de maintien dans la communauté.

Une cinquantaine de ces organismes sont actuellement subventionnés. Plus de 7 500 $ ont été alloués au développement de ces ressources en 1988-89. La coordination régionale et sous-régionale n'a absorbé que 4% de ces sommes. Près de 8 000 personnes ont pu ainsi bénéficier de ces services. Les centres de crise psychosociale ont reçu environ 2 000 de ces personnes. On observe que peu de personnes âgées de plus de 60 ans utilisent ces services.

# Urgences santé



Compte tenu des orientations ministérielles concernant la création d'une entité autonome pour gérer des services pré-hospitaliers d'urgence et, conséquemment, la dissociation de la Direction des Urgences santé du Conseil régional, il nous a semblé pertinent d'insister sur quelques objectifs importants de l'année financière 1988-89.

La qualité des services à la population a été maintenue: nous avons offert une réponse téléphonique professionnelle sur les plans humain et technique avec un temps réponse inférieur à 10 minutes pour une urgence urgente; nous avons également assuré le transport des personnes par ambulance vers le centre hospitalier le plus approprié, compte tenu de leur état.

De bonnes relations de travail ont été entretenues avec les directions et l'ensemble des services du Conseil régional. Nous avons participé de façon continue au dossier concernant le fonctionnement des salles d'urgence, l'orientation des ambulances, l'analyse et l'équilibre financier.

Des mesures ont été prises afin que la période de transition jusqu'au transfert des activités du personnel vers la nouvelle Corporation soit vécue dans la meilleure harmonie possible: soucieux des droits des individus en terme de relations de travail, nous motivons le personnel vis-à-vis les tâches à accomplir et collaborons à la mise sur pied de la nouvelle corporation.

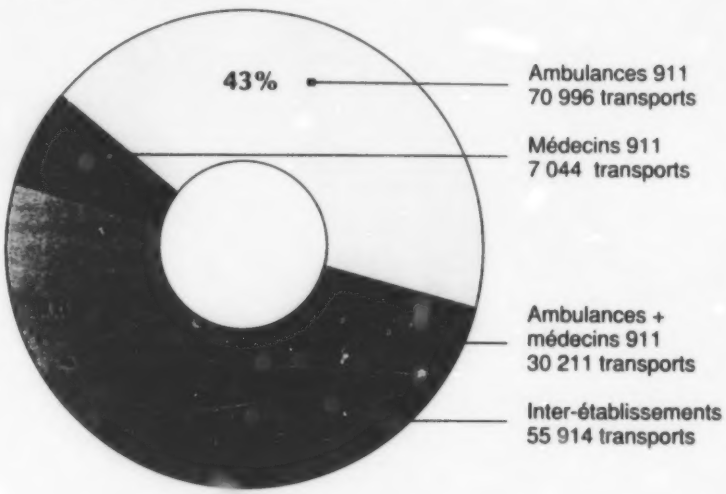
Dans le cadre de son mandat de coordonner les urgences pré-hospitalières sur le territoire, la Direction des Urgences santé a conclu une entente avec les responsables des mesures d'urgence aéroportuaires de l'aéroport Dorval. Un mode de fonctionnement commun a été adopté, spécifiant les rôles et responsabilités de chacun en cas de sinistre dans les limites de l'aéroport. La direction a également été sollicitée pour l'évaluation et la coordination de divers autres services publics.

Urgences santé a participé activement aux tables de concertation et de consultation visant à harmoniser les plans d'urgence applicable sur le territoire de la Communauté urbaine de Montréal. Y participaient les représentants des villes et des municipalités du territoire, les divers services publics et les représentants d'organisations susceptibles d'intervenir lors d'un sinistre (Départements de santé communautaire, Environnement Canada, etc.).

Le mois d'avril 1989 verra le transfert du personnel et de l'ensemble des activités dans la nouvelle Corporation des Urgences santé. Le Conseil régional est fier d'avoir offert à la population de la région un service pré-hospitalier d'urgence de qualité. C'est grâce à la collaboration d'intervenants des diverses directions du Conseil régional que nous avons pu réaliser cette première au Québec.

RÉPARTITION DES TYPES D'INTERVENTIONS

**Interventions totales: 164 165**



# Urgences santé, au revoir...

Cette année aurait pu être pour nous un quinzième anniversaire: en effet, dès 1974, le Conseil régional terminait une étude sur la situation des urgences à Montréal, tandis que le rapport Deschênes recommandait une centrale de coordination des urgences.

Nous pourrions aussi fêter un dixième anniversaire, parce qu'en 1979, l'arrêté en Conseil 3179-79 confiait encore plus officiellement au Conseil régional la responsabilité de coordonner le transport ambulancier et le transport des malades.

Nous pourrions enfin, et nous serions cette fois plus proches de la réalité, fêter un septième anniversaire... et quelques mois : 2 décembre 1981 naissait Urgences santé

Le Conseil régional et Urgences santé ont vécu ensemble sept années difficiles, mais dont les résultats bénéfiques doivent être soulignés: une très belle réussite au niveau de l'amélioration des services à la population. Malgré toutes les difficultés rencontrées, c'est ensemble que nous avons mis en place un système unique d'urgences pré-hospitalières, changeant ainsi le visage de Montréal en matière d'urgences et de transport ambulancier. Bravo et merci à toutes et à tous les responsables de ce système.

Depuis maintenant plus d'un an, le gouvernement a décidé de confier Urgences santé à une autre organisation. Il s'agit là d'un changement profond et d'un nouveau défi. Nous espérons qu'il nous fera toutes et tous progresser et qu'il permettra de dispenser des services toujours meilleurs à la population.

Gérard Marcoux

Gérard Marcoux, Adm.A., F.A.C.H.E.
Directeur général

# Les publications du Conseil régional

## ADULTES ET PERSONNES ÂGÉES

**Connaître les ressources résidentielles et communautaires de son milieu: c'est important!,** Andrée Demers-Allan, Direction de la programmation, mai 1988.

**Définition des ressources d'hébergement publiques et privées dans le contexte de leur réglementation**, André Demers-Allan et Luc Bordeleau, Direction de la programmation, juin 1988.

**Hébergement temporaire à l'intention de la communauté slave**, publié en collaboration par la Direction de l'information et des relations avec la population et la Direction de la programmation, octobre 1988 (brochure d'information disponible en français/anglais/ukrainien et en français/anglais/polonais).

**Information sur les demandes d'hébergement**, publié en collaboration par la Direction de l'information et des relations avec la population et la Direction de la programmation, 1989 (brochure d'information, aussi disponible en anglais).

**Les pavillons à vocation gériatrique de la région de Montréal métropolitain: Bilan et orientations**, Andrée Demers-Allan, Direction de la programmation, mars 1988.

**Politique d'admission et de sortie incluant les critères d'admission en milieu d'hébergement et de soins de longue durée applicables dans les régions de Montréal-centre et Laval**, Luc Bordeleau, Direction de la programmation, février 1989.

**Proposition d'orientation concernant la consolidation ou le développement de centres communautaires pour personnes âgées dans la région de Montréal métropolitain**, Andrée Demers-Allan, Direction de la programmation, juin 1988.

## ALCOOLISME ET TOXICOMANIE

**Orientation régionale quant à l'utilisation de la méthadone dans l'héroïnomanie**, Antonine Paquin, René Grenier et al., Direction de la programmation, novembre 1988.

**Recommandations de la commission administrative en alcoolisme et toxicomanie concernant les «Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et l'abus des psychotropes»** (Document d'information), Céline Mercier, Direction de la programmation, juin 1988.

## BUREAUTIQUE

**Rapport bureautique: état de situation; démarche bureautique; guide d'acquisition bureautique**, Direction de la planification des systèmes et méthodes, Comité régional de gestion de l'information et de ses technologies et Price Waterhouse, mars 1989.

## COURTE DURÉE

**Plan de services régional sur la distribution des lits**, Pierrette Rolland, Direction de la programmation, avril 1988 (document synthèse aussi disponible)

**Plan régional de services en néphrologie: rapport**, Marcel Marion, Direction de la programmation, octobre 1988.

## DÉFICIENCE AUDITIVE

**L'accessibilité aux services pour les personnes avec une déficience auditive: guide d'aide à l'intention des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux**, (brochure d'information), publié en collaboration par la Direction de l'information et des relations avec la population et la Direction de la programmation, mars 1989.

## DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

**Bilan du dossier «répit-dépannage» pour les personnes ayant une déficience intellectuelle,** André Lebon, Direction de la programmation, avril 1988.

**Modalités opérationnelles relativement à la réintégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle résidant à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine,** Léo Fortin, Direction de la programmation, juin 1988.

**Les ressources résidentielles communautaires pour personnes à mobilité réduite et présentant une déficience intellectuelle,** Léo Fortin, Direction de la programmation, juin 1988.

## IMAGERIE MÉDICALE

**L'imagerie par résonance magnétique nucléaire: étude de besoins et plan de développement dans la région 06A du Montréal métropolitain,** Robert Demers, Direction des services administratifs, mai 1988 (accompagné d'un cahier complémentaire).

## JEUNESSE EN DIFFICULTÉ

(voir aussi sous la rubrique *Répertoires, annuaires, inventaires*)

**Cadre théorique de plans de services aux jeunes en difficulté et à leur famille,** Marie-Andrée Lavoie et al., Direction de la programmation, février 1989.

**Les critères d'admission en centre de réadaptation pour mésadaptés socio-affectifs de la région de Montréal métropolitain: synthèse des critères d'admission,** Marie Andrée Lavoie et al., Direction de la programmation, décembre 1988.

**Plan de services: résultat d'un sondage d'opinion sur l'état de situation des services aux jeunes et à leurs familles dans la région du Montréal métropolitain,** Chantal Lavigne et Thérèse Johnson, Direction de la programmation, avril 1988.

## ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

**Des alliances... mais avec qui? Rapport du colloque du 18 septembre 1988 pour les organismes communautaires et bénévoles de la région 06A,** Direction des ressources humaines, mars 1989.

## RÉPERTOIRES, ANNUAIRES, INVENTAIRES

**Les centres de réadaptation pour les jeunes mésadaptés socio-affectifs de la région de Montréal métropolitain: identification des points de services, des places et des services disponibles,** Marie-Andrée Lavoie, Direction de la programmation, août 1988.

**Répertoire d'activités et de moyens d'information pour organismes communautaires** (2e édition), Luc Thériault, Direction des ressources humaines, septembre 1988.

**Répertoire des ressources pour l'accueil des personnes aux prises avec la violence: régions de Montréal et Laval,** Louise Gagné et Mycheline Lévesque, Direction de l'information et des relations avec la population, janvier 1989.

**Répertoire régional des services et ressources en documentation, régions de Montréal et Laval,** Direction de l'information et des relations avec la population, Équipe régionale en documentation, octobre 1988.

SANTÉ MENTALE

**Ressources d'hébergement et de soins de longue durée et clientèles avec troubles psychiatriques chroniques: outil de référence**, Monick Coupal, Direction de la programmation, juin 1988.

**Système d'admission aux soins prolongés pour clientèle adulte souffrant de problèmes psychiatriques chroniques: état de situation**, Monick Coupal, Direction de la programmation, décembre 1988.

SECTORISATION

**Nouveau découpage territorial des C.L.S.C. basé sur les municipalités et les codes postaux**, Normand Lauzon, Direction de la programmation, mars 1989.

**Services psychiatriques: index alphabétique des rues du territoire du Montréal métropolitain**, Direction de la programmation (compilation des données par Pierre Provencher, Direction de la planification, des systèmes et méthodes), janvier 1989.

SERVICES À DOMICILE

**Méthode de partage du budget de développement en services à domicile 1988-89**, Normand Lauzon et André Trépanier, Direction de la programmation, avril 1988.

**Validation de l'indice de besoin utilisé pour répartir entre les C.L.S.C. les budgets de services à domicile dans la région de Montréal**, document produit par François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos, Tai Ehouan et Danielle Desnoyers du Bureau d'étude sur la santé et la technologie pour le C.S.S.S.R.M.M., mars 1989.

STATISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

**Cahier des données démographiques de la région de Montréal métropolitain, selon le recensement de 1986 (régions 06A et 06E)**, Sylvie Carmichael, Direction de la planification, des systèmes et méthodes, 1988.

VIOLENCE

(voir aussi sous la rubrique *Répertoires, annuaires, inventaires*)

**La violence: une réalité...**, publié en collaboration par le C.S.S.S.R.M.M. et le Service de police de la Communauté urbaine de Montréal, janvier 1989 (brochure d'information, aussi disponible en langue anglaise).

# Les commissions administratives et les comités régionaux

Les commissions administratives et les comités régionaux du Conseil régional sont des structures qui regroupent les principaux interlocuteurs des différents domaines d'intervention. Ils permettent une véritable concertation régionale entre les établissements et les organismes, une décentralisation à l'égard du Ministère de la Santé et des Services sociaux et l'adaptation des ressources aux besoins de la population.



DIRECTION DE LA PROGRAMMATION

**Commission administrative des services hospitaliers de courte durée**
David Levine, président
Marie-France Pfeiffer, coordonnatrice

**Commission administrative des services de santé mentale**
Jean-Marie Albert, président
André Cimon, coordonnateur

**Commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies**
Michel Landry, président
René Grenier, coordonnateur

**Commission administrative en mésadaptation sociale**
Micheline Larose, présidente
Chantal Lavigne, coordonnatrice

**Commission administrative des services aux personnes handicapées physiques**
Jacques Hendlisz, président
Nicole Paré-Fabris, coordonnatrice

**Commission administrative des services aux personnes handicapées intellectuelles**
Yvan Hébert, président
Ronald McNeil, coordonnateur

**Commission administrative des services communautaires**
Pierre Durocher, président
Nicole Fontaine, coordonnatrice

**Commission administrative des services d'hébergement et de soins prolongés**
Armand Fagnant, président
Colette Tracyk, coordonnatrice

**Comité régional de maintien à domicile**
Louise Lamarche, présidente
André Trépanier, coordonnateur

DIRECTION DE LA PLANIFICATION
DES SYSTÈMES ET MÉTHODES

**Comité régional en santé communautaire**
John Hoey, président
Luc Deslauriers, coordonnateur

**Comité régional d'informatique**
Bertrand Girard, président
Yvan Mauger, coordonnateur

**Comité sur l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux à la population d'expression anglaise**
Luc Deslauriers, coordonnateur

DIRECTION DES
DES RELATIONS
POPULATION

**Comité régional pour l'accréditation des organismes bénévoles**
Marie Déquier, coordonnatrice

**Table de concertation des porte-parole des malades**
Marie Déquier, coordonnatrice

DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS



**Comité d'appréciation des projets d'immobilisations C.A., C.L.S.C., C.S.S.**
Yves Bédard, président
Pierre Rondeau, coordonnateur

**Comité régional de buanderie**
Caroline Barbir, présidente
Raymond Hébert, coordonnateur

**Commission administrative des approvisionnements en commun, groupe A**
Patrick J. Aucoin, président
Yves Brisson, coordonnateur

**Commission administrative des approvisionnements en commun, groupe B**
Robert Moysan, président
Mario Gervais, coordonnateur

**Commission administrative des approvisionnements en commun, groupe C**
Philippe Trahan, président
Paul Morency, coordonnateur

**Commission administrative des approvisionnements en commun, groupe D**
Louis Gariépy, président
Réjean Boutet, coordonnateur

**Commission administrative des immobilisations C.H.**
Pierre Marsan, président
Robert Demers, coordonnateur

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

**Comité régional de développement des cadres**
Nicole Thiffault, présidente
Pierre Beaulieu, coordonnateur

Dépôt légal
2e trimestre 1989

Production
Marie Déquier
Direction de l'information et des relations avec la population

Rédaction
Chantal Benhamron

Design
David Silvian

Photographie
Dan Corsillo

Conception et réalisation
Corégraph